

### トレッドミル検査申込書(FAX予約用)

フリガナ \_\_\_\_\_  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女  
生年月日 M・T・S・H 年 月 日

①検査目的:症状など

②関連薬剤とその使用量

服薬状況 \*チェックしてください  
3日前から中止  
そのまま継続

医療機関名

紹介医

住 所

TEL

FAX

[三田市民病院記入欄)

患者ID

( )科 先生

予約日時 月 日 ( ) :

三田市民病院

地域医療連携室

TEL (079)565-8607

FAX (079)565-8015